

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 96

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 décembre 1898, à 1 h. 1/2.

Par MOÏSE ABOULKER

Né à Alger le 23 août 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

VESSIES A CELLULES VOLUMINEUSES
CHEZ LA FEMME

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. POTAIN, professeur.
HARTMANN et TEISSIER agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

96

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 décembre 1898, à 1 heure.

Par MOÏSE ABOULKER

Né à Alger le 23 août 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

VESSIES A CELLULES VOLUMINEUSES
CHEZ LA FEMME

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM.) POTAIN, professeur.
) HARTMANN et TEISSIER agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR MOISE ABULKER

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
VESSIES A CELLULES VOLUMINEUSES
Chez la femme

INTRODUCTION

Les vessies à cellules sont des vessies présentant une ou plusieurs expansions, produites par la hernie de la muqueuse à travers un écartement des fibres musculaires de l'organe. Certains auteurs font rentrer dans la définition, la constitution de la paroi de ces tumeurs et donnent comme caractère constant, l'absence de fibres musculaires dans cette paroi.

Mais l'examen microscopique fait sur certaines petites cellules au début, a décelé au contraire la présence de ces fibres musculaires.

Les petites cellules sont fréquentes dans les deux sexes.

Les grandes se rencontrent surtout chez l'homme, tandis qu'elles sont au contraire très rares chez la femme.

Robelin dans sa thèse rapporte un assez grand nombre de cas, dont un seul chez la femme. Encore l'observation qu'il relate et qui fut rapportée par M. Liouville à la Société anatomique ne donne-t-elle qu'une très courte description sans aucun renseignement sur la marche de l'affection.

En suivant le service de Monsieur le Dr Polaillon à l'Hôtel-Dieu nous avons pu observer un cas de vessie à grosse cellule chez une femme. C'est l'observation de cette malade qui sera la base de notre travail.

Il nous a paru intéressant de l'entreprendre pour deux raisons. La première, dont nous venons de parler, c'est l'extrême rareté de cette affection chez la femme, la deuxième, c'est que la vessie à cellule dont il vient d'être question, se présentait avec tous les caractères d'un kyste de l'ovaire, maladie assez commune chez la femme.

Dans notre observation la cellule fut ouverte au cours de l'opération, en sorte que le danger d'une irruption d'urine ammoniacale dans le péritoine ne permit pas de s'assurer de la constitution de la vessie et de la poche surajoutée ainsi que de leurs moyens de communications. La malade quitta l'hôpital guérie.

De plus l'histoire de la malade ne comporte aucune notion capable de nous éclairer sur l'étiologie et la pathogénie de l'affection dont elle était atteinte. Nous nous baserons donc pour l'étude de l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique sur les cas constatés chez l'homme. Puis nous étudierons successivement la symptomato

logie de cette curieuse maladie, son diagnostic son pronostic et son traitement,

Mais avant d'entrer dans le corps de notre sujet, qu'il nous soit permis, au moment où nous terminons nos études et suivant un usage auquel nous sommes heureux de nous conformer, de remercier ici les Maîtres qui nous ont guidé dans nos premiers pas et ont bien voulu nous prodiguer leur science et leurs conseils.

Nous tenons d'abord à rendre hommage à la mémoire de notre regretté maître, le Dr Gros, professeur de clinique Médicale à l'école de médecine d'Alger.

Que M. le professeur Bruch reçoive avec nos vifs remerciements l'assurance de notre profonde gratitude. Il fut pour nous plus qu'un maître. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance.

Que M. le professeur Moreau reçoive ici l'assurance de notre profonde gratitude.

M. le professeur Terrier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions respectueusement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Examen macroscopique. — Chez tous les individus qui ont au niveau de l'urèthre ou du col de la vessie un obstacle au cours de l'urine : prostatiques, cancéreux, rétrécis, la paroi de la vessie s'hypertrophie et va jusqu'à atteindre trois centimètres et au-delà. Les réseaux musculaires contribuent pour la plus grande partie à cette hypertrophie et limitent entre eux des espaces « intercolumnaires » comme on les a appelés. Au niveau de ces espaces, la muqueuse moins soutenue qu'au niveau des faisceaux musculaires ou colonnes, se laisse déprimer : ces dépressions sont le premier stade de la cellule future. Elles peuvent être plus ou moins profondes. Dans certains cas elles forment des sortes de « boursofflures » (Civiale) volumineuses, déterminant en dehors du viscère, des tumeurs dont la forme varie beaucoup et dont le volume quelquefois énorme, va jusqu'à atteindre six fois celui de la vessie (observation du savant Isaac Cazaubon-Bonet). Dans d'autres cas, au contraire, ces dépressions sont peu accentuées et leur saillie est très faible.

Les parois de ces cellules sont généralement moins épaisses que celles de la vessie et les uretères ne s'y insèrent jamais.

Pour ce qui est de leur siège il est très variable, mais elles sont très rares au voisinage du col et même dans l'espace compris entre les orifices des uretères et de l'urèthre, en un mot, au niveau du trigone vésical. Il en est de même pour leur nombre. Civiale rapporte le cas d'« une vessie qui était recouverte de cellules, au point de ressembler à une grappe de raisin : il n'y avait qu'un petit espace de la face antérieure, près du col qui n'en présentât pas ». Platner rapporte une observation de vessie avec trente-neuf cellules, renfermant chacune un calcul. Mais en général il n'y a qu'un petit nombre, le plus communément trois ou quatre.

Leur volume ne peut être déterminé d'une façon mathématique. On cite des cas de cellules de la dimension d'une grosse tête d'enfant (Musée du professeur Guyon (N° 139), de cellule six fois aussi grosse que la vessie elle-même, (observation de Cazaubon). En un mot, le volume en est très variable comme on le verra d'après les différentes observations que nous relatons.

Dans le cas qui fait le fond de notre travail, la poche atteignait un volume également considérable, puisque la tumeur qu'elle constituait, arrivait à quatre doigts au-dessus de l'ombilic.

Mais ce sont là des raretés. Le plus souvent, la cellule a de petites dimensions, variant de celle d'un pois à celle d'un œuf. De plus, il faut ajouter qu'il est nécessaire d'établir un rapport, entre le nombre et le volume des

poches et que ces poches sont d'autant plus nombreuses qu'elles sont plus petites et réciproquement. L'observation de Civiale que nous citions plus haut est très nette à cet égard.

Du volume et du siège dépend la question des rapports. Ils seront par conséquent très variables. Dans un cas, Cruveilhier a vu la cellule se trouver au lieu et place de la vessie même et celle-ci rejetée sur le côté.

Dans notre observation, elle se trouvait en arrière et au-dessus de la vessie, en rapport en avant avec la paroi abdominale, en arrière avec la colonne lombaire, en bas avec le cul-de-sac de Douglas.

Des différentes observations on ne peut retenir que ce point à savoir que la vessie est généralement refoulée du côté opposé à l'insertion de la cellule.

Examen microscopique. — Histologiquement la structure de la paroi des cellules, ne diffère de celle de la vessie que par l'absence à peu près totale de fibres musculaires. C'est du moins ce que l'on constate au niveau des grandes cellules, la paroi des petites pouvant renfermer une couche assez importante de ces mêmes fibres. Ces notions découlent nettement des examens microscopiques relatés par Robelin dans sa thèse.

« Description d'une petite cellule : Entre deux colon-
« nes musculaires, d'ailleurs peu saillantes, la muqueuse
« présente une dépression : cette dépression est un véri-
« table diverticule de la cavité vésicale, ayant environ
« une capacité de trois quarts de centimètres cubes, et
« occupant l'épaisseur même de la paroi de la vessie. Elle
« est limitée, au niveau de son orifice de communication,

« par deux colonnes charnues se réunissant en V à une
« extrémité, tandis qu'à l'autre on ne trouve qu'une très
« légère saillie, formée par les couches musculaires sous
« jacentes. Les bords de cet orifice, lequel est presque
« aussi large que la cellule elle-même, sont lisses, arron-
« dis et à peine saillants.

« L'examen microscopique de cette pièce conservée long-
« temps et dès après l'autopsie dans le liquide de Müller
« a donné les résultats qui suivent.

« Les coupes ont été faites perpendiculairement à l'axe
« des colonnes musculaires limitant la petite cellule et
« ont porté sur toute la portion intermédiaire à ces colon-
« nes.

« On a constaté à un faible grossissement :

« 1° Des modifications de la muqueuse au niveau de la
« cellule et sur les colonnes musculaires qui la limitent.

« 2° D'autres dans la couche de tissu cellulaire lâche
« sous-jacente.

« 3° D'autres encore dans les faisceaux musculaires et
« la gangue conjonctive qui les entoure, formant la paroi
« de la cellule presque en totalité. »

La notion la plus importante qui découle de cet examen, est que la structure de la paroi des petites cellules, diffère en somme fort peu de celle de la vessie elle-même. Peut-être la couche musculaire est moins fournie au niveau des points qui correspondent au fond de la cellule. Mais cela est souvent peu appréciable et Robelin fait remarquer que la partie musculaire de la paroi est conservée.

« Description d'une grande cellule. Ici, l'examen mi-
« croscopique dénote absolument les mêmes modifications

« que pour les petites cellules avec quelques restrictions
« cependant pour ce qui est de la couche musculaire.

« La paroi est en effet ici, uniquement composée par
« la muqueuse vésicale adossée à la tunique séreuse
« sans interposition de fibres musculaires, dont on n'a
« pas trouvé de traces. »

Histologiquement, nous différencierons donc les petites cellules des grandes, par la présence de nombreuses fibres musculaires dans la paroi des premières et l'absence presque toujours complète de ces fibres dans la paroi des autres.

« La forme des cellules, dit Cruvelhier, est ordinaire-
« ment sphéroïde, quelquefois conoïde en forme de doigt
« de gant. »

Quant à l'orifice qui fait communiquer la vessie avec les différentes cellules, et c'est par là que nous terminerons cette étude anatomopathologique, on ne peut en décrire une forme spéciale qui puisse être rapportée à une majorité de cas, car il est très variable tant au point de vue de sa forme qu'au point de vue de sa dimension.

On l'a vu, en effet, avoir quelquefois une largeur de 2 millimètres à peine, tandis que dans d'autres cas il était si large, que la cellule pouvait être considérée comme un diverticule et semblait être le prolongement de la vessie. Dans ce dernier cas, c'est généralement comme un simple prolongement qu'on doit considérer la cellule, qui alors histologiquement présente la même structure que la vessie elle-même, c'est-à-dire comprend trois couches, une muqueuse, une musculuse et une séreuse. M. Goupil

dans le *Bulletin de la Société d'Anatomie* rapporte un cas de ce genre (observ. XVI).

Enfin, l'orifice peut être plus ou moins régulier, de forme ronde, ou ovalaire. Ses bords plus ou moins déchiquetés sont recouverts d'une muqueuse le plus souvent exulcérée. Le plus souvent le long de ces bords, les faisceaux musculaires de la vessie sont hypertrophiés, de sorte que l'orifice est entouré d'une sorte de bourrelet que la sonde exploratrice permet quelquefois de sentir. Dans le cas de M. le Professeur Tillaux (Observ. II) « on constatait une « ouverture circulaire, arrondie, du diamètre d'une pièce « de deux francs, à travers laquelle on pouvait passer le « doigt. »

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les cellules vésicales très fréquentes chez l'homme sont, nous l'avons déjà dit, très rares chez la femme. Quelle est la raison de cette rareté ?

Dans presque tous les cas constatés chez l'homme, on trouve dans les antécédents du malade, une affection produisant un obstacle au cours de l'urine ; rétrécissement de l'urèthre, infiltration d'urine, abcès péri-urétral etc. Or toutes ces affections sont très rares chez la femme, de même d'ailleurs que chez l'enfant. Pour ce dernier on peut d'ailleurs invoquer pour expliquer la cellule, la persistance du Pouraque dilaté à sa partie inférieure et communiquant avec la vessie. Nous nous rattacherons plus tard, à ce même mécanisme, pour expliquer l'existence de la cellule dans notre observation, bien qu'il s'agisse d'un adulte.

Nous avons déjà vu, que les faisceaux musculaires hypertrophiés de la vessie laissent entre eux des intervalles, au niveau desquels la membrane muqueuse tendait à se déprimer de plus en plus et à s'accoler intimement à la tunique celluleuse. De là à la formation d'une petite cavité faisant saillie vers la face externe de la vessie et s'ouvrant

dans cette dernière par un orifice de dimension variable, il n'y a qu'un pas. La muqueuse vésicale vient tapisser la face interne de ces dépressions. Ce n'est donc pas sans raison que Cruveilhier les a appelées du nom générique de « hernies tuniquaires », voulant établir qu'elles étaient dues à l'engagement de la tunique dans les intervalles compris entre les faisceaux hypertrophiés de la couche musculaire.

Ce mécanisme était connu des observateurs du XVIII^e siècle. On trouve cette notion nettement exprimée dans plusieurs écrits de Morgagni. Il émet aussi l'idée que dans quelques cas il peut s'engager dans les orifices des glandes de la vessie, de petits graviers qui ainsi fixés augmentent de volume sur place et créent la cellule.

Chopart aborde franchement la question dans son chapitre : De la hernie de la membrane interne de la vessie. D'après lui, « les causes qui favorisent la formation de ces
« poches vésicales sont tout ce qui s'oppose à la sortie
« de l'urine par l'urèthre et ce qui peut affaiblir une por-
« tion de la tunique musculaire de la vessie. Alors l'urine
« s'amasse dans ce viscère, elle en distend les parois,
« applique fortement la muqueuse contre la tunique mus-
« culaire qu'elle recouvre, et si quelque point de cette tu-
« nique est plus faible, elle se laissera distendre avec plus
« de facilité sur ce point affaibli, écartera les faisceaux
« musculaires, se fera jour à travers et n'aura plus qu'à
« soulever et à distendre la membrane externe de la ves-
« sie. Cette poche ainsi formée, prendra par degrés plus
« d'expansion suivant la durée de la résistance du col de
« la vessie ou de l'urèthre à l'éjection de l'urine. Beau-
« coup d'observations appuient cette théorie puisque tous

« ceux qui ont eu de semblables poches vésicales étaient
« sujets à la difficulté d'uriner. »

D'un autre côté, Cruveilhier admet un autre mécanisme, qui quoique différant légèrement du précédent, peut cependant y être ramené.

Cet auteur, en effet, invoque comme cause productrice de la cellule vésicale les contractions du muscle vésical et dit que « la hernie tuniquaire se fait non par distension, mais par contraction ». L'urine arrêtée dans son cours par un rétrécissement de l'urèthre, une hypertrophie prostatique, un néoplasme du col, un calcul ou même une simple valvule se trouve fortement comprimée dans tous les sens et tend à refouler la muqueuse vésicale au niveau de ses points faibles. Ces points faibles, sont ceux au niveau desquels le réseau musculaire n'est pas très hypertrophié, en un mot dans les espaces « intercolumnaires ».

Ces deux théories, celle de Chopart et celle de Cruveilhier, comme on le voit, diffèrent peu l'une de l'autre.

Mais si dans nombre d'observations, on a pu établir l'existence de l'obstacle uréthral, il en est d'autres dans lesquelles les auteurs ont négligé de décrire l'état de ce canal, et cela est d'autant plus regrettable qu'au point de vue de la pathogénie des cellules vésicales expliquée comme le veulent Chopart et Cruveilhier on peut émettre des objections.

En effet, cette manière de voir, quoique vérifiée par de nombreuses observations, n'est pas la seule possible. Il en est une autre que nous ne pouvons déterminer avec certitude, mais qui est justifiée par plusieurs observations. C'est ainsi que dans notre observation I, la

malade, examinée sérieusement à ce point de vue, n'a présenté aucune trace de lésions pouvant occasionner à un moment quelconque de la rétention d'urine.

Dans l'observation III, rapportée par Voillemier et dont la pièce se trouve au musée Dupuytren au n° 74, la prostate est atrophiée, l'urèthrenormal. On ne peut expliquer la cause de la cellule.

Dans son musée au n° 121, M. le professeur Gayon possède une pièce, provenant d'un individu mort dans le service de néphrite suppurée et porteur d'une grande cellule; on ne trouve pas de rétrécissement sérieux puisque le cathétérisme se faisait facilement comme on le voit dans l'observation dont nous donnons plus loin des extraits (Observation IV).

Enfin dans le cas rapporté par M. le professeur Tillaux dans ses « *Leçons cliniques* » le malade mort de pyélonéphrite est autopsié. On ne trouve aucune lésion des voies urinaires pouvant provoquer de la rétention.

A quoidonc dans ces cas, attribuer la production de la cellule vésicale. N'est-on pas dans ces cas en présence de vessies doubles ? Plusieurs observations de ce genre de malformations ont été rapportées.

Sappey, dans son *Traité d'anatomie descriptive*, cite une thèse de Charvet, soutenue en 1827 à l'Académie des Sciences et dans laquelle cet auteur démontre « par des faits parfaitement authentiques, la réalité du cloisonnement de la vessie qui est partiel et complet et qui partage la cavité vésicale en deux cavités symétriques. Plusieurs faits sembleraient attester que cette cloison peut être formée de deux lames, qu'elle peut être pro-

duite par l'adossement de deux poches. Si cette dernière disposition était établie, il faudrait admettre que dans certains cas de la plus extrême rareté, la vessie est réellement double ».

C'est ainsi que doit se comprendre le cas rapporté par M. Péan (observ. XVI.) D'autre part on trouve dans Morgagni (42^e lettre) cette relation d'un cas vraiment rare d'anomalie de nombre de la vessie «.... Ce n'est pas que j'ignore que la vessie a été réellement quelquefois double dès la naissance, puisque je sais qu'elle a été non seulement triple, mais encore quintuple. En effet Molinetti fit voir publiquement sur une femme cinq vessies, autant de reins et six uretères, dont deux s'inséraient à la plus grosse vessie et chacun des quatre autres à une des quatre plus petites, lesquelles renvoyaient l'urine dans la plus volumineuse par de petits tubes particuliers. Lorsqu'on rencontre deux ou plusieurs vessies qui communiquent entre elles et que, par un certain mode de structure, elles ne paraissent pas exister toutes depuis la naissance, comme par exemple, si aucun uretère ne se rend à quelqu'une d'entre elles et que celles-ci ne puisse pas paraître avoir été formée par la dilatation de l'ouraque, il ne faudra pas la regarder comme une autre vessie, surtout s'il y a un calcul, ou s'il a existé antérieurement une strangurie ou une dysurie, ou une fréquente rétention d'une grande quantité d'urine, comme cela se produit fréquemment chez les buveurs, mais il faudra la prendre plutôt pour une hernie de la vessie naturelle, c'est-à-dire pour un petit sac produit par la violence de la maladie.»

En un mot, comme l'a bien résumé en quelques lignes

Morgagni, les différentes explications qu'on peut donner pour expliquer la production des cellules vésicales sont « la strangurie, la dysurie, la fréquente rétention d'urine ; le calcul. De plus chaque fois qu'en même temps que la poche anormale, on rencontrera une de ces conditions et que la poche ne puisse être prise pour une vessie double ou une dilatation de l'ouraque, il faudra la considérer comme une « hernie de la vessie naturelle ».

Or dans nos observations I et II, nous savons que ce n'est pas une vessie surnuméraire puisque les uretères n'y aboutissent pas.

La cellule est probablement formée aux dépens de la portion la plus inférieure de l'ouraque perméable et dilatée. C'est la disposition que l'on rencontre dans le cas de Choppart bien qu'il y eut un calcul au niveau du col de la vessie (Observation V) et dans celui de Civiale qui avait aussi un calcul, mais pris dans une cellule située au niveau de la partie supérieure de la vessie (Observation VI).

L'ouraque cordon fibreux étendu au sommet de la vessie à l'ombilic, provient de la portion supérieure du pédicule intra-abdominal de la vésicule allantoïde. D'abord creux il représente un prolongement de la cavité vésicale. Vers le milieu de la vie fœtale il s'oblitère et se transforme en organe ligamenteux.

L'oblitération peut ne pas se produire ; la cavité vésicale communique alors largement avec la cavité de l'ouraque et il en résulte une fistule urinaire ombilicale. On voit au moment de la miction l'urine sourdre au sommet d'une tumeur siégeant à l'ombilic. La cicatrice ombilicale peut résister à l'action de la pression de l'urine. Dans

ces cas, si l'ouraque est encore perméable dans une portion de sa longueur, cette partie se dilate et peut atteindre de très grandes dimensions. C'est le cas, dans plusieurs des observations que nous citons.

Telle est la pathogénie des poches vésicales déduite de l'analyse des différentes observations que nous avons étudiées. Mais il ne s'agit bien entendu là que des cas où la cellule n'est pas comblée par un calcul qu'elle « enchâtonne. »

Dans ces derniers cas Morgagni explique la production de la cellule, par l'introduction d'un gravier dans une des glandes de la muqueuse vésicale. Ce calcul augmentant de volume sur place grâce aux incessants apports fournis par l'urine distendrait au fur et à mesure les parois qui le contiennent. « De même, dit-il, que j'ai trouvé des calculs biliaires dans l'intérieur des glandes de la vésicule du fiel, de même des grains de sable très petits pourraient se glisser dans les cavités des glandes de la vessie par leurs orifices... » Mais en même temps, comme pour réfuter cette première théorie, Morgagni en émet aussitôt une autre plus plausible et ajoute : « Puisque j'ai appris que les orifices des petits sacs sont souvent beaucoup plus petits que les sacs mêmes, j'accorderai aussi quelque place à une autre conjecture, savoir qu'un petit calcul y étant entré, l'orifice se rétrécit davantage par une cause quelconque et se bouche entièrement ou presque entièrement ».

Mais ces différentes théories n'ont pas prévalu et les auteurs qui s'occupèrent de la question Houstet, Chopart, Deschamps conclurent d'une façon tout opposée, en faisant

remarquer que la poche était de formation antérieure à celle du calcul, celui-ci ne se produisant que grâce au séjour de l'urine dans ces cellules. Cette urine déposerait dans ces conditions, plus facilement les sels dont elle est chargée. Un noyau se forme autour duquel vont se déposer successivement, plusieurs couches de sédiment.

En un mot, on voit par ces différentes explications, par les nombreuses théories émises, combien est peu connue la vraie cause de production des cellules. Tout au plus connaît-on un certain nombre de conditions plus aptes que d'autres à aider à la formation de ces poches.

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC

On conçoit facilement que la cellule surajoutée à la vessie détermine des troubles de la miction. Les malades urinent souvent et avec de grands efforts, et n'expulsent qu'une petite quantité d'urine chaque fois. Dès que la miction est terminée ils éprouvent un nouveau besoin, et ne peuvent le satisfaire qu'après avoir changé de position, pressé leur région hypogastrique avec les mains, fait agir le diaphragme et les muscles abdominaux pour comprimer la tumeur et refouler son contenu dans la vessie. Dans l'observation I, il ne survenait aucune miction lorsqu'on pressait sur la tumeur. La pression détermine parfois de la douleur parce que la poche est enflammée et contient de l'urine purulente.

Si l'on pratique le catéthérisme on peut déterminer l'issue d'une faible quantité d'urine et aucune modification ne survient dans le volume de la tumeur (obs. I et III). Le plus souvent (obs. de Cazaubon) si après un premier catéthérisme on exerce des pressions sur la tumeur, on peut encore faire écouler une certaine quantité d'urine. Voici comment Civiale décrit ce symptôme : « Le malade
« est engagé à faire de légers mouvements d'inclinaison à

« droite et à gauche; si un peu de liquide s'échappe, je
 « sollicite le sujet à pousser j'exerce une pression sur
 « l'hyperclit et je recommence de nouveau à injecter
 « l'urine. Je cesse la pression pour recommencer un ins-
 « tant après et remarquer encore si j'obtiens une nou-
 « velle quantité de liquide. Cela fait, j'injecte dans la
 « vessie assez d'eau pour la remplir jusqu'à ce que le
 « malade éprouve un fort besoin d'uriner; puis au mo-
 « ment où le liquide s'écoule je répète les manœuvres
 « ci-dessus. Si le même résultat a lieu un certain nombre
 « de fois je suis porté à croire qu'il existe des cellules ».

Outre les modifications de la miction, une grosse cel-
 lule vésicale détermine une série de symptômes en tant
 que tumeur. Dans l'observation I, les symptômes physi-
 ques sont absolument pareils à ceux d'un kyste de l'o-
 vaire très volumineux. A l'inspection, ventre globuleux
 faisant une forte saillie émanant sans distension des par-
 ties latérales comme dans l'oscite, et absence de circula-
 tion anormale. A la palpation, tumeur dure, sans tes-
 ticularité; sur la ligne médiane matité sur une surface en
 rapport avec le volume de la tumeur, ces caractères de
 la percussion ne sont pas modifiés par le déculitus laté-

Des symptômes découle le diagnostic qui doit être
 fait avec les mêmes affections que lorsqu'il s'agit du kyste
 de l'ovaire.

Il faudra donc éliminer l'ascite, la grossesse, le kyste
 hydatidique du foie, le kyste rénal, les tumeurs du mésenté-
 re et de l'épiploon. Ce diagnostic étant établi dans tou-

les livres classiques il est sans intérêt de le reproduire ici.

Il faut au point de vue du diagnostic étudier également une autre série d'affections.

D'après M. le professeur Guyon, « la vessie peut offrir par exemple des déformations dues aux *contractions irrégulières* que l'on observe surtout dans les vessies anciennement malades ».

La *dilatation* du bas fond de la vessie a pu quelquefois en imposer pour une cellule; chez la femme elle s'observe dans le cas de cystocèle vaginale; on verra dans le vagin une tumeur arrondie à base très large, réductible, augmentant par les efforts et la toux.

On doit également songer à la possibilité de ces kystes développés dans l'épaisseur de la paroi vésicale, et qui contiennent ordinairement des pierres. Ces kystes proviennent de l'éraîllement et de l'épaississement de cette membrane, l'urine peut y séjourner et former des concrétions. M. Tillaux cite dans le tome II de son *Traité de chirurgie clinique* (page 284) une observation de kyste hydatique.

Il nous reste une dernière question de diagnostic que nous pouvons appeler anatomique. Certaine disposition de l'hémisphère inférieur de la vessie, bien étudiée par Leclerc, ne doit pas être prise pour un diverticulum vésical. « J'ai souvent observé, dit cet auteur, et d'autres l'ont observé comme moi, que dans les vessies qui ont souffert il se fait, à l'endroit où elles sont collées sur le rectum, un peu plus haut que leur orifice, il se fait dis-je, une espèce de crispation ou tension sur les fibres qui vien-

ment de l'insertion d'une uretère à l'autre. Ces fibres tendues sont une espèce de ligament en bande un peu saillant, placé à 1 pouce $1/2$ de l'orifice selon que la vessie est plus ou moins raccordée ce qui semble la partager en parties inégales l'une petite et antérieure, l'autre plus grande et postérieure quand le malade est couché. Cette saillie très prononcée du muscle des uretères a comme conséquence une exagération du bas-fond. »

Mais ce qui différencie nettement cette dilatation, des grandes cellules, c'est qu'elle porte sur tout le bas-fond ; en outre elle se fait aux dépens de toutes les couches de la paroi de la vessie et l'orifice est toujours plus large que la partie la plus déclive.

Quand les cellules vésicales sont très grandes, comment les distinguer des vessies doubles ou triples ? Et d'abord ces vessies doubles existent-elles ? Sappay parle d'une thèse « qui a démontré par des faits parfaitement authentiques, la réalité du cloisonnement de la vessie qui est partiel ou complet et qui partage la cavité vésicale en deux cavités symétriques. Plusieurs faits sembleraient attester que cette cloison peut être formée de deux lames, qu'elle peut être produite en d'autres termes par l'adossement de deux poches. Si cette dernière disposition était établie, il faudrait admettre que dans certains cas de la plus extrême rareté, la vessie est réellement double ». Pour distinguer d'une vessie double un diverticule, les caractères principaux sont l'absence de fibres musculaires et d'uretères dans ce diverticule.

Enfin au point de vue du diagnostic on peut se d'eman-

der si l'examen radioscopique ne pourrait pas aider à faire le diagnostic.

Ne pourrait-on par exemple injecter dans la vessie un liquide qui ne laissant pas passer les rayons, délimiterait sur l'écran les contours de la vessie ainsi que ceux de la cellule. Ces moyens encore à l'étude pourront dans un avenir probablement peu éloigné, être d'un grand secours dans le cas qui nous occupe.

Enfin on a dans plusieurs cas déjà, appliqué l'endoscopie à l'examen des vessies supposées accompagnées de cellules.

PRONOSTIC

On peut sans trop s'avancer dire que le pronostic des vessies à cellules est très grave. En effet nombreuses sont les complications qu'elles peuvent entraîner car « elles entretiennent l'état purulent de l'urine, exposent aux ulcérations, aux ruptures, aux abcès intra-vésicaux, aux infiltrations d'urine, aux fistules cutanées ou intestinales, aux péritonites aiguës ou chroniques » (Mercier).

Déjà dès 1791, Chopart insistait sur la gravité de cette affection. « La hernie de la membrane interne de la vessie, dit-il, est une affection dangereuse surtout si les causes qui la produisent subsistent longtemps, car l'urine après avoir violemment distendu la poche herniaire ou sans y produire une grande distension peut, par son séjour et son acrimonie, y exciter une inflammation gangréneuse suivie de crevasses de ses parois et d'épanchement d'urine dans le ventre ou occasionner une inflammation adhésive et purulente. La suppuration s'établissant dans la tunique vésicale et dans le tissu cellulaire extérieur, causera un abcès purulent et urineux qui pourra s'ouvrir spontanément.

C'est principalement vers la région ombilicale que se forment ces abcès. Il est vraisemblable que les aultes qui ont rendu l'urine par le nombril à la suite de difficultés d'uriner, avaient une hernie de la membrane interne de la vessie vers l'ouraue, laquelle s'est prolongée vers l'ombilic, s'est rompue ou a déterminé un abcès, dont l'ouverture a procuré l'issue de l'urine jusqu'à ce que le liquide ait pu sortir par sa voie naturelle » (Chopart).

TRAITEMENT

On peut considérer dans le traitement des vessies à cellules deux points de vue.

D'abord le point de vue prophylactique, et par là nous entendons le traitement de l'obstacle qui par l'obstruction qu'il apporte au cours des urines est la cause de la production de la cellule. Dans cette partie du traitement nous comprenons essentiellement l'usage de la sonde et des bougies pour faciliter les mictions, empêcher l'accroissement de la poche et éviter les mauvais effets du séjour prolongé de ce liquide que nous avons vu être toujours tant soit peu purulent — du moins dans un état de décomposition amoniacale assez avancée.

Mais ce traitement n'est radical que par la suppression si elle est possible de l'obstacle.

Les injections vésicales répétées peuvent en modifier les parois et entraîner le pus qui s'y accumule, mais là doivent s'arrêter les tentatives permises. Il faut proscrire les manœuvres au moyen desquels on cherchait à faire pénétrer dans ces poches le bec d'une sonde, de manière à y pousser directement des injections détersives.

Ce serait s'exposer à la perforation de ces poches déjà le plus souvent ulcérées et à déterminer les accidents les plus graves. MM. Voillemier et Le Dentu insistent fortement sur la possibilité de ces accidents.

Quant au traitement chirurgical, il a été essayé une seule fois et avec succès. C'est dans le cas que rapporte M. Péan (observ. XVII) qui réséqua la poche et un canal qui la faisait communiquer avec le vagin.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. Henri Aboulker

Externe des Hôpitaux.

Prise dans le service de M. Polailhon à l'Hôtel-Dieu.

Clémence F..., journalière, âgée de 32 ans, entre salle Sainte-Marthe, le 20 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'accident, sa mère d'affection pulmonaire. Une sœur morte à trois mois. Un frère alcoolique

Antécédents personnels. — La malade n'a présenté aucune affection dans son enfance. Elle a été réglée à 15 ans. Ses règles ont toujours été normales. Elle a eu trois grossesses à terme. Un de ses enfants est mort de convulsions : les deux autres sont vivants et bien portants.

Depuis trois mois elle n'a pas vu ses règles, elle n'a eu ni nausées, ni vomissements, ni tuméfaction des seins. Depuis

un mois elle a constaté que son ventre grossissait et elle éprouvait des douleurs dans la fosse iliaque du côté gauche. Depuis un mois également elle présentait des troubles de miction. Les mictions sont fréquentes jour et nuit, elle souffre avant chaque miction.

La malade entre salle Sainte-Marthe le 20 mars. Voici ce que l'on constate à l'examen. A l'inspection le ventre est distendu par une tumeur qui remonte à trois doigts au-dessus de l'ombilic ; la cicatrice ombilicale n'est pas étalée et on n'observe pas de circulation collatérale.

A la palpation on délimite nettement la tumeur qui est fluctuante.

A la percussion la matité s'étend sur la partie médiane à trois doigts au-dessus de l'ombilic. Dans le flanc droit une zone sonore sur une étendue de quatre travers de doigt ; dans le flanc gauche la sonorité s'étend seulement sur un espace de 1 à 2 travers de doigt. La matité hépatique est séparée de la matité inférieure par une zone très prononcée de sonorité. Il en est de même pour la matité splénique.

La percussion donne également la sensation de flot.

Au toucher vaginal ; le col est normal, le cul-de-sac antérieur et les culs-de-sac latéraux sont libres. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure et la pression de la main sur l'abdomen semble se transmettre au doigt vaginal.

Après le cathétérisme de la vessie la tumeur resta aussi volumineuse.

On pose à ce moment le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Opération. — Le 26 mars, M. Polaillon pratique la laparotomie médiane et incise de l'ombilic à deux doigts au-dessus du pubis. Le péritoine ouvert on arrive sur une tumeur volumi-

neuse. La ponction donne issue à un liquide d'odeur fortement amoniacale, qui fait immédiatement songer à l'urine.

M. Polaillon passe alors d'une main une sonde par l'urèthre et la dirigeant de bas en haut vers l'incision de la tumeur, tandis que l'autre main introduite dans l'intérieur, va à la recherche de la sonde dont on aperçoit l'extrémité de la plaie.

On fait alors un grand lavage du péritoine pour le débarrasser de l'urine infectée qui a pu s'écouler. L'incision de la tumeur est suturée dans toute son étendue. Pansement.

Les suites opératoires sont bonnes, la malade ne présente pas de fièvre ni de vomissements. Dans les premiers pansements on constate un léger suintement d'urine. Puis la plaie se ferme complètement et la malade sort le 12 mars.

Avant sa sortie le ventre est toujours aussi gros et présente les mêmes signes qu'avant l'opération. La tumeur ne disparaît pas à la suite du catéthérisme de la vessie. A ce moment on se proposait de soumettre la malade à la radioscopie et à la cystoscopie. Mais cette étude n'a pu être faite, la malade s'y étant refusée.

OBSERVATION II

(*Tillaux. Leçons de clinique chirurgicale, p. 337.*)
Sur un cas curieux de vessie à cellule.

Le malade du n° 12 de la salle Trélat avait été pris brusquement d'accidents de rétention d'urine.

Histoire du malade. Diagnostic. — Il était âgé de 32 ans et était d'abord entré en médecine dans le service de M. Straus.

A ce moment l'hypogastre était dur, tendu bien que l'on m'affirma que le malade avait uriné, je le sondai, et retirai un peu d'urine purulente, mais en minime quantité.

Dans les jours qui suivirent, l'état s'aggravait, le malade prenait un aspect typhique. J'en vins à penser que son cas était, bien plutôt du ressort de la médecine que de celui de la chirurgie et j'estimai que l'urine rendue était émise par regorgement. Vous verrez que j'avais tort. Bientôt il fut pris de vomissements noirâtres extrêmement abondants, qui n'étaient pas fécaloïdes mais qui contenaient évidemment du sang. Ce qui me fit penser à un ulcère de l'estomac. On fit deux ponctions de la vessie: la première ramena un peu d'urine, la deuxième resta fruste et bien que nous étant posé la question de savoir s'il y avait utilité de pratiquer une cystotomie sus-pubienne, nous restâmes dans le doute sans faire d'intervention.

Etat des lésions. — Le malade mourut et nous pûmes alors constater à l'autopsie des lésions curieuses qui nous expliquèrent la cause de la mort et l'échec de nos diverses tentatives d'évacuation de la vessie. En réalité cet homme est mort de pyélonéphrite suppurée double avec phénomènes uréniques. Le début rapide que j'ai signalé paraît d'autant plus étonnant, car les lésions que nous avons trouvées paraissent de date ancienne.

Ayant agité la question de savoir s'il n'y avait pas lieu de faire une cystotomie sus-pubienne, j'ai procédé à l'autopsie comme si je voulais faire une boucle vésicale. Je rencontrai d'abord une vessie extrêmement résistante et épaisse, sans qu'il y eût comme on en avait émis l'hypothèse, phlegmon de la cavité de Retzius consécutive aux ponctions. En incisant la vessie nous avons constaté que l'épaisseur des parois atteint près

de deux centimètres; la vessie ouverte, j'introduisis un doigt pour en explorer la paroi postérieure, je sentis une ouverture circulaire arrondie du diamètre d'une pièce de deux francs, à laquelle je pus passer le doigt : mais la netteté de l'orifice ourlé qu'il était de muqueuse, montrait qu'il ne pouvait être question de perforation vésicale. C'était un orifice donnant accès dans une poche énorme remplie d'urine et communiquant avec la vessie, poche à parois minces et contrastant singulièrement avec le corps vésical très hypertrophié, vascularisé et en état de cystite car sa muqueuse était considérée comme saine.

C'était donc un exemple de vessie à cellules. C'est ce que Cruveilhier avait appelé des « hernies tuniquaires », ce que Chopart appelait « cystocèle interne » et la plupart des auteurs, poches ou cellules (Voillemier, Le Denfu...).

La pièce est remarquable par le volume énorme de la cellule, sur laquelle semblent commencer à se greffer deux petites cellules nouvelles.

La plupart des auteurs disent et on le conçoit que la cause de l'ampliation de cette poche est un obstacle à la miction, mais cette théorie est absolument en défaut dans notre cas : l'urèthre était normal, il n'y avait pas trace de rétrécissement blennorrhagique ou autre; la prostate était saine, non saillante; il n'y avait pas de calcul. Nous n'avons pas trouvé la cause qui a déterminé la formation de cette cellule.

Je dois ajouter que l'abouchement des uretères était normal et se faisait dans la vessie et non dans la poche rétrovésicale, ce qui prouve bien qu'on n'avait pas là une vessie double. Les uretères étaient dilatés, le rein atrophié, distendu par du pus et en état de pyonéphrose type avec, de tout le tissu cortical. Son parenchyme était réduit à une sorte de coque fibreuse. Le

malade est donc bien mort d'urémie et une opération eut été au moins inutile sinon dangereuse. Je ferai remarquer encore que nous avons trouvé la vessie soulevée et placée immédiatement derrière la paroi abdominale, avec refoulement en haut du cul-de-sac du péritoine comme dans l'état de distension vésicale. Cela faisait immédiatement penser au refoulement de la vessie par le ballon de Petersen et on peut dire que la cellule rétrovésicale jouait véritablement le rôle de cet appareil, pour rapprocher le globe vésical de la paroi abdominale.

OBSERVATION III

(Musée Dupuytren n° 71. Vessie à cellule).

La vessie au niveau de son bas fond, à gauche, présente une perforation d'environ 2 millimètres dans laquelle est introduite une petite baleine. Cette perforation, hernie tuniquaire de la muqueuse communique dans une petite cavité qui fait relief à la surface externe de la vessie. La prostate est peu volumineuse plutôt atrophiée, point de rétrécissement de l'urèthre (M. Voillemier).

OBSERVATION IV (*Extraits*).

*(Pièce n° 121 du musée du professeur Guyon.
Empruntée à la Thèse de Robelin).*

C... 45 ans, tailleur de pierres entré dans le service le 21 février 1880, salle Saint-Vincent n° 6.

Antécédents. — Première blennorrhagie à 32 ans, beaucoup d'injections, durée 5 à 6 mois. Quinze mois environ après cette blennorrhagie, cystite aiguë qui a duré environ deux mois. Jusqu'à sa nouvelle blennorrhagie contractée il y a quatre ans, le malade tout en conservant un peu de difficulté de la miction s'est bien porté. Les urines offraient peu de dépôt et la miction n'était pas trop fréquente. La deuxième blennorrhagie a duré 15 mois. Beaucoup d'injections.

Pas de signes fonctionnels de rétrécissement. On passe aisément l'explorateur n° 20...

25 février. — Exploration du canal qui est libre... Le toucher rectal est douloureux, la prostate ne présente rien de particulier.

15 mars. — On constate de la fièvre, un malaise général. Les urines laissent déposer beaucoup de pus. Vives douleurs dans les reins et la vessie.

5 juin. — Sécheresse de la bouche, adynamie profonde. Température, 36°. Mort.

Autopsie. — La vessie remplit toute l'excavation pelvienne aux parois de laquelle elle adhère par un tissu cellulaire assez lâche, sauf sur les parties latérales, où il est plus difficile de le détacher et aussi en avant au niveau de la cavité de Retzius. Le tissu est dense et serré et fait corps avec le muscle vésical.

A la partie postérieure, adhérence entre les feuillets péritonéaux qui forment le cul-de-sac recto-vésical, de sorte que la vessie fait corps avec le rectum. La cavité vésicale, ouverte par sa paroi supérieure, contient une urine puante avec des flocons de pus reposant dans le fond. En regardant par cette ouverture artificielle, on tombe dans une vaste poche du volume d'une noix de coco sur la partie gauche de laquelle

on voit un orifice arrondi dans lequel on peut mettre le doigt qui a les dimensions d'une pièce de 50 centimes, à bords mousses, recouverts par la muqueuse et communiquant avec une seconde cavité. L'inspection de la première cavité montre qu'elle ne constitue qu'un simple diverticule.

Cette cavité paraît être beaucoup plus grande que la vessie qui est comme ratatinée et revenue sur elle-même.

Les deux uretères s'ouvrent dans la vessie proprement dite. La muqueuse très épaissie est brunâtre, très vascularisée.

Les reins offrent les caractères de la néphrite suppurative.

OBSERVATION V

Chopart. *Pierre fixée dans le col de la vessie d'un enfant.*
Cellule consécutive.

Un garçon nouveau-né a marqué par ses cris quelques jours après sa naissance, qu'il souffrait du ventre. La manière dont il urinait a fait penser qu'il avait la pierre; tantôt il avait des incontinenances d'urine; tantôt douze heures se passaient sans qu'il put en rendre une goutte.

A cinq ans et demi il eut une rétention complète d'urine, son ventre était tendu, douloureux, principalement à la région hypogastrique; le quatrième jour, l'enfant ne rendait pas une goutte d'urine; le cinquième jour, il se forma dans le centre de la tumeur ombilicale, une ouverture de 5 à 6 lignes de diamètre par laquelle les urines mêlées de pus, coulèrent abondamment. Les accidents diminuèrent, l'ouverture ombilicale resta fistu-

leuse et fut la seule voie par laquelle l'urine continua de s'écouler.

M. Eustache; fit en mai 1787 l'extraction de la pierre à travers une incision du périnée. La pierre avait la forme d'un gros cornichon, dont l'extrémité la plus étroite était engagée dans l'urèthre.

Trente-deux jours après l'opération les urines reprennent leur cours naturel (Chopart).

OBSERVATION VI

(Civiale. Traité pratique de la lithotritie, 1813). Calcul enchatonné au sommet de la vessie d'un enfant.

Un enfant de 7 ans souffrait, depuis deux années, d'une maladie des voies urinaire, survenue à la suite d'une affection intestinale. On me l'amena pour le lithotritier. Je le trouvai si indocile, si remuant, si peu apte à supporter un long traitement, qu'ayant reconnu à l'aide de la sonde, que la pierre était volumineuse je proposai la cystotomie. J'entrepris l'opération sans me douter des difficultés qu'elle présentait et qui me firent beaucoup regretter de n'avoir pas cherché à quoi pouvait tenir l'immobilité du calcul dont j'avais été frappé par le cathétérisme.

La pierre fut saisie aisément : son volume, autant du moins qu'on pouvait en juger par l'écartement des branches des tenettes, ne devait pas s'opposer à l'extraction.

Dès que je commençai à tirer, je sentis qu'elle était rompue,

la portion ramenée par l'instrument, représentait une tête terminée par une espèce de collet : une partie de la pierre était restée dans une poche ; le doigt la touchait en même temps qu'on distinguait l'orifice de la cellule à peu près au sommet de la vessie.

Le calcul était mobile, l'ouverture assez lâche, je parvins à saisir la pierre avec une pince et à l'extraire entière. Elle était oblongue, avec un collet correspondant à la cassure et une longueur de deux pouces sur neuf lignes d'épaisseur.

✓ OBSERVATION VII

(*De savant Isaac Cozeaubon*).

Cellule vésicale 6 fois plus grande que la vessie.

« Du côté gauche elle (la vessie) était percée d'un trou rond, qui communiquait dans un grand sac né et formé de membranes continues dans la vessie naturelle.

Lorsque ce sac était rempli d'urine, il avait six fois le volume de la vessie. Sa situation était telle qu'il occupait toute la partie gauche de l'hypogastre, comme la vessie il était recouvert d'un repli de péritoine. Sa figure était inégale. Sa partie inférieure s'étendait beaucoup au-dessous de l'ouverture par laquelle il communiquait dans la vessie, et sa partie supérieure quoique fixée par le péritoine remontait très haut. (*Bonel. Sepulchretum Anat.*, lib. 3, sect. 25).

OBSERVATION VIII

Musée Dupuytren n° 71.

Cellule d'un volume égal à celui de la vessie.

Sur cette vessie qui a été trouvée en 1827 dans les amphithéâtres de dissection, on constate qu'il existe au niveau du bas-fond de la vessie, une cavité secondaire, hernie tuniquaire qui communique avec la vessie par un orifice d'environ 1 centimètre de diamètre. Cette cavité secondaire, formée par la muqueuse vésicale, doublée d'une couche de tissu cellulaire, condensé, enflammé a une capacité aussi considérable que celle de la vessie.

OBSERVATION XIX

(Musée Dupuytren, n° 66).

Quatre cellules.

Vessie d'un homme sur laquelle on observe quatre tumeurs variables en volume, depuis celui d'une grosse noisette, à celui d'une noix. Ces petites hernies tuniquaires de la muqueuse vésicale à travers les fibres musculaires siègent l'une au niveau du sommet de l'organe, c'est la moins volumineuse, les trois autres sont situées sur les parois latérales et postérieures au niveau de l'insertion des uretères, une seule sur le côté droit, deux sur le côté gauche.

OBSERVATION X

(*Musée Dupuytren, n° 67*).

Cellule de la grosseur d'un œuf de poule.

Vessie d'un homme, à la face postérieure de laquelle on observe à deux centimètres environ de l'insertion de l'uretère droit, une tumeur du volume d'un œuf ordinaire. Cette tumeur est lisse, arrondie, constituée par une hernie de la muqueuse à travers la membrane musculeuse ; elle est en communication avec le réservoir urinaire par un pédicule assez court et assez étroit. (Professeur Cruveilhier, 1838).

OBSERVATION XI

Musée Dupuytren, n° 72. Trois cellules.

Trois vastes cellules, deux à droite, une à gauche, situées au niveau des uretères correspondants, un peu au-dessus cependant à droite. Volume égal à celui d'un œuf de dinde. Les deux tumeurs de gauche sont accolées de manière à ne former en apparence qu'une seule masse, mais incisées on constate qu'elles sont constituées par deux poches parfaitement isolées et dont les parois sont adossées. Ces poches sont superposées l'une à l'autre, la supérieure est moins grande, l'inférieure égale la capacité d'une vessie très dilatée ; ces trois cavités communiquent

isolément dans la vessie principale par une ouverture de un centimètre et demi de diamètre. Leur paroi est constituée par la muqueuse hypertrophiée, mais on ne retrouve pas de fibres musculaires. (M. Barth 1842).

OBSERVATION XII

Musée Dupuytren, n° 73.

Vessie à cellule, dimension : un œuf de poule. Valvule musculaire transversale de Mercier, au niveau du col de la vessie. Muqueuse présentant un grand nombre de plis rayonnés. A l'angle supérieur du trigone vésical existe dans la vessie, un orifice approfondi d'environ un centimètre de diamètre qui communique avec une large cavité capable de loger un œuf de poule et dont la paroi est assez épaisse. (M. Voillemier).

OBSERVATION XIII

Bullet. Soc. Anat., 1851, p. 220.

M. Armand M. . présente une vessie offrant deux cavités sur-numéraires de grandeur inégale. La plus volumineuse qui est capable de loger une petite pomme, est placée à gauche et près de l'orifice vésical de l'uretère du même côté. Ses parois sont épaisses et à la surface, on peut trouver quelques fibres mus-

eulaires plus abondantes sur les deux parties latérales que tout à fait à son sommet.

L'orifice de communication avec la grande cavité vésicale permettait le passage de l'index : il était circulaire, ses bords un peu frangés. Une autre cavité surnuméraire du volume d'un gros pois existait en dehors et à droite de l'uretère droit. Aucune de ces deux cavités ne contenait de calculs.

OBSERVATION XIV

Musée Dupuyten, n° 68.

Vessie à cellule.

Sur cette pièce on constate à la partie postérieure de la vessie, au niveau de l'insertion des uretères une cavité ampullaire du volume d'un petit œuf de poule qui est produite par la hernie de la muqueuse vésicale à travers la tunique musculuse. La pièce est préparée par insufflation et dessiccation, on constate que l'orifice de communication est très bien délimité.

OBSERVATION XV

Bull. soc. anat., 1877, p. 740.

Vessie à deux cellules de dimensions différentes.

G . . 48 ans, entré le 19 janvier 1877, à l'Hôtel-Dieu. Chute sur le périnée, sur le bord d'une cuve de brasseur, il y a

22 ans. Hématurie prolongée. Rétrécissement au bout de deux ans. Se passe des bougies depuis 20 ans. Il y a quatre ans, abcès au périnée, à gauche. Depuis un mois, la miction est de plus en plus difficile, la sonde n° 6 ne passe plus.

Gonflement douloureux au périnée. A son entrée la vessie est distendue. Infiltration d'urine. Mort.

Autopsie. — Abdomen. Pas de péritonite. Dans le petit bassin, on trouve une tumeur trilobée, placée derrière la symphyse pubienne. Le lobe supérieur gros comme une noix est une hernie de la muqueuse vésicale. Les lobes inférieurs, gros comme le poing, sont constitués par la vessie et une poche purulente placée au dessous et sur les côtés. La poche supérieure ne présente pas de fibres musculaires dans sa paroi; on en découvre dans la poche inférieure. Les deux cavités sont superposées et communiquent par un orifice large comme le petit doigt à bords froncés.

Dans la cavité supérieure est une sorte de membrane, brune, adhérente à la muqueuse contenant des éléments calcaires.

Dans la poche inférieure du pus.

Uretères débouchant au-dessus de l'orifice de communication des deux poches. Le gauche est dilaté dans toute son étendue. Il est perméable et un peu comprimé, au voisinage de la vessie, par l'extrémité de la poche purulente.

OBSERVATION XVI

Bullet. Soc. Anat., 1851, p. 42.

M. Goupil montre un diverticulum de la vessie du volume d'un petit œuf de pigeon, sphéroïde, pourvu de tuniques séreuse, musculieuse, muqueuse. Cette poche surnuméraire communique avec la vessie, les fibres musculaires des parois des deux cavités se continuent sans interruption. Cette poche était placée à gauche et un peu au-dessus de l'orifice vésical de l'uretère du même côté.

OBSERVATION XVII.

(*Semaine médicale*, 1895, n° 28).

M. Péan cite le cas d'une jeune fille de 15 ans, qui présentait sur la paroi antérieure du vagin au-delà de l'hymen qui était intact, une saillie médiane du volume d'une noix. En comprimant cette saillie avec le doigt, on voyait sourdre de l'urine par un orifice médian situé à trois millimètres au-dessous du méat urinaire, ce qui expliquait l'incontinence d'urine observée depuis la naissance. En oblitérant l'orifice avec le doigt et en continuant à comprimer la tumeur, l'urine passait dans la vessie et la malade éprouvait le besoin d'uriner. Après l'excision de cette poche congénitale et de son canal excréteur l'incontinence d'urine disparut.

CONCLUSIONS

Les vessies à grosses cellules sont assez fréquentes chez l'homme. On les rencontre beaucoup plus rarement chez la femme.

Les cellules vésicales sont dues à des lésions qui occasionnent de la rétention de l'urine dans la vessie. Ce n'est pas là l'unique cause de production de la cellule. Elle peut être due à une persistance de l'ouraque non oblitéré et dilaté à la partie inférieure. Cette disposition se rencontre surtout chez les enfants. Enfin dans d'autres cas ces deux conceptions de la cause productrice de la cellule sont mises en défaut et on ne sait alors à quoi l'attribuer.

Au point de vue de la structure, on différencie la grosse cellule de la petite en ce que celle-ci a la même histologie que la vessie elle-même c'est-à-dire est formée de trois couches une muqueuse, une musculuse, une séreuse. La grosse cellule au contraire, ne présente pas de fibres musculaires : elles l'ont complètement défaut, et les deux autres tuniques de la vessie, muqueuse et séreuse, sont les seules que l'on retrouve dans la paroi de la poche.

La gravité du pronostic montre l'importance qu'il y aurait à faire le diagnostic. La cellule par l'état de cystite qu'elle entretient dans la vessie, cystite due à la stagnation de l'urine dans la poche et à sa décomposition consécutive, expose le malade à de graves accidents par les complications qu'elle est susceptible de présenter.

Mais le diagnostic en est malheureusement, le plus souvent très délicat. Il est surtout basé sur l'examen de la vessie au cystoscope.

La connaissance de l'affection permettra d'éviter la confusion avec certaines autres maladies, telles que le kyste de l'ovaire avec lequel elle présente un grand nombre de signes communs.

Le traitement de cette affection est d'abord celui de la cause de la rétention, si elle existe encore. Puis celui de la cystite que l'on y rencontre toujours, par des injections poussées autant que possible et avec de très grandes précautions jusque dans la poche. On ne connaît pas de cas traités chirurgicalement sauf dans un cas réséqué par M. Péan.

Vu par le président de la thèse

TERRIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- MORGAGNI. — Epistola 42, art. 10, 20, 32, 42.
- BONET. — Sepulchretum Anat., lib. 3, sect. 25, obs. 3, p. 644.
- CHOPART. — Maladies des voies urinaires, t. II. De la hernie de la membrane interne de la vessie.
- CIVIALE. — Maladies des organes génito-urinaires, tome III, p. 5.
- Traité pratique et historique de la lithotritie, p. 173.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique, t. 1, p. 590.
- Bullet. Soc. Anat. 1843, p. 188.
- HOUEL. — Des plaies et ruptures de la vessie. Thèse d'agrégation, 1857.
- VOILLEMIER et LE DENTU. — Traité des maladies des voies urinaires, p. 315, t. II.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie descriptive. Tome IV, p. 559.
- ROBELIN. — Sur les vessies à cellules. Thèse Paris, 1886.
- CHANDELUX. — Lésions vésicales déterminées par obstacles au cours de l'urine. Th. Paris, 1876.
- SEGOND. — Kyste séreux face postérieure de la vessie. Revue de chirurgie, 1892, p. 413.
- LARCHER. — Kyste séreux entre la vessie et le rectum.
- TILLAUD. — Traité de chirurgie clinique. Kyste hydatique de la paroi vésicale. T. II, p. 284.

PÉAN. — Vessie et urèthre surnuméraires. Sem. médicale, n° 28, 1895.

TILLAUX. — Sur un cas curieux de vessie à cellules (Leçons cliniques).

MERCIER. — Mémoire sur certaines perforations de la vessie (Gazette médicale, 1836. pages 257-273).

HOUSTET. — Mémoire à l'Académie de Chirurgie, 2, 1.

LEMAIRE. — Etude sur les calculs enkystés. Thèse Paris, 1877.

